

Ärztlicher Fragebogen

(vom Hausarzt auszufüllen)
 (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Name & Vorname:	Geburtsdatum:

Hausarzt:	weitere Fachärzte:

Diagnosen:	ICD- Nummer

Allergien	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Herzschrittmacher	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

chronische Schmerzzustände	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Marcumarpatient	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bestehen Anfallsleiden?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Welche Medikamente werden zurzeit verabreicht? *

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

*** (ggf. bitte unterzeichneten Medikamentenplan beifügen!)**

Welche sonstigen ärztlichen Verordnungen bestehen?

(Injektionen, Infusionen, BZ,- RR-Kontrollen, O ₂ -Gabe, BTM)	Häufigkeit / Intervall

sonstige Therapien	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Logopädie	

Besteht ein Dekubitus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Lokalisation	derzeitige Wundbehandlung:
Grad	
Größe	
sonstige / weitere Wunden:	

Ist der/die Patient/In frei von ansteckenden Krankheiten? * (TBC, Hepatitis, MRSA (IfsG))	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Befund:

* (Bitte ärztliches Zeugnis gem. § 36 Abs. 4 IfsG (Lungentuberkulose) beifügen!)

Besteht eine körperliche Behinderung?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Besteht eine psychische Störung?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Besteht Inkontinenz? * <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
Hilfsmittel:	
<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheder	<input type="checkbox"/> Vorlagen
<input type="checkbox"/> transurethraler Katheder	<input type="checkbox"/> Urostoma
CH-Größe:	Wechselintervall:
Begründung für den Katheter:	

* (Bitte anliegende Inkontinenzbescheinigung ausfüllen!)

Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme	
<input type="checkbox"/> Diät (en), welche:	
<input type="checkbox"/> PEG:	
<input type="checkbox"/> Mangelernährung:	
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten:	

Bemerkungen / Hinweise:	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Ärztl. FB - VST	Erstellt	Freigegeben	Bearbeitet	Revisionsstand: 0 Seite: 3
Datum	20.09.2012	20.09.2012		
Name	Sterthaus, Jens	Sander, Gunnar		